



Dr. Robert Young, D.D.S., P.L.L.C. ● Dr. Lorette Polite-Young, R.P.H., D.D.S.

- 11010 South Tryon Street ● Suite 101 ● Charlotte, NC ● 28273 ●
- Phone 706.587.7336 ● Fax 704.587.7579 ●
- www.youngandpolite.com ● Email: youngandpolite@gmail.com ●

## Young & Polite Children's Dentistry Autorizacion para divulgar informacion dental

### Informacion del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### A peticion mia, Young and Polite Children's Dentistry puede liberar la siguiente informacion:

- Historial dental                       Historial financiero  
 Radiografias

Motivo de salida: \_\_\_\_\_

### Entidad o persona que recibira la informacion:

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_

*\*\*Por favor tenga en cuenta que se puede tardar hasta 24 horas para la entidad o persona recibir la informacion de nuestra oficina\*\**

**Mandar la informacion electronicamente. Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

- Para **correo electronico** Entiendo que si la informacion no es mandada cifrada hay riesgo que pueda ser accesada inapropiadamente y elijo continuar con esta solicitud.

**Esta autorizacion va a estar en efecto hasta que la informacion sea divulgada como fue solicitada o hasta que el tratamiento se complete.**

### Derecho del paciente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorizacion a cualquier tiempo.
- Puedo inspeccionar o obtener una copia de informacion protegida sobre salud para ser revelada como fue descrito en este documento. Solamente puedo hacer esto con una notificacion escrita a **Young and Polite Children's Dentistry**
- La revocacion no es eficaz en los casos en que la informacion ya ha sido revelada, sino que sera efectiva en el futuro.
- Informacion utilizada o revelada como resultado de esta autorizacion puede estar sujeta a una nueva divulgacion por el recipiente y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.
- Puedo negarme a firmar esta autorizacion y que mi tratamiento no estara condicionada a la firma.
- Entiendo que la informacion divulgada incluye un diagnostico de las enfermedades transmisibles como el VIH.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente or representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripcion de la autoridad del representante personal (adjunte la documentacion necesaria)